

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

受付印

市 町 村 処 理 欄			
受付		入力	

受付日 年 月 日
 決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号			
被保険者番号		療養を 受けた	被保険者氏名		
公費負担者番号			生年月日		年 月 日
公費受給者番号			入外	割合	割
診療年月	年 月	療養期間	年 月 日 から		
診療日数	日		年 月 日 まで		

種 類					
傷 病 名 発病等の年月日					
診療を受けた医療機関等の 名称及び所在地					
診療等に従事した 医師等の氏名					
支給申請をした 理由	食事療養、生活療養、評価療養又は選定療養を含むときは、その旨も記載してください。				
発病又は 負傷の理由	1 : 第三者行為 (交通事故等)		2 : その他 (疾病等・自損事故)		

療養に要した費用額		食 事 回 数			
審 査 認 定 額		療 養 に 要 し た 費 用 額			
一 部 負 担 金		食 事 標 準 負 担 額			
支 給 金 額					

該当するものに をつけてください。該当するものがない場合は () 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先		銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本 店 ・ 支 店 本 所 ・ 支 所 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
-------------	--	------------------------------------	-------------------------------	------------------	-----------------------------

口座番号					
口座名義人 (カタカナ)					

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は 存として、姓と名の間は 存あけてください。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

後期高齢者医療広域連合長あて

申 請 者
(被 保 険 者)

住 所

氏 名

印

電 話 番 号